

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

282

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

Docteur ALBERT AUDEMAR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Re' le 3 juillet 1932 à Oyonnax (Ain)

LA MALADIE DE ZAHN

Ulcère rond simple du Vagin

Président : M. LENORMANT, Professeur.

ÉDITION DE LA
REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE
7, RUE GUSTAVE NADAUD, 7
PARIS-16^e

1931

LA MALADIE DE ZAHN

Ulcère rond simple du Vagin

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE
Physiologie.	BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale.	CLERC
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	DEL BET
	CUNÉO
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâ- trie.
N.	Physiologie.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ.	Chimie biologique.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT. . . .	Pathologie chirurgicale.
CATHALA. . . .	Pathologie médicale.
CHABROL. . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER. .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER. . . .	Pathologie experimen- tale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER. . . .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . . .	Pathologie médicale.
JOANNON. . . .	Hygiène.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE. . .	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
STAZARD. . . .	Pharmacologie.
MILLOT.	Histologie.
MONDOR. . . .	Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE .	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET. . . .	Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . .	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-Lemaire	Parasitologie.
RETTERER. . .	Histologie.
ZIMMERN. . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE.	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL- LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
		LE LORIER. . . .	Clinique chirurgicale.
		LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
		METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date de 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises, dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

Docteur ALBERT AUDEMAR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LA MALADIE DE ZAHN

Ulcère rond simple du Vagin

Président : M. LENORMANT, Professeur.

ÉDITION DE LA
REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE
7, RUE GUSTAVE NADAUD, 7
PARIS-16^e

—
1931

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

meis et amicis.



A mon maître et président de thèse M. le professeur LENORMANT,
Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,
Officier de la Légion d'honneur,
qui fut notre premier maître et qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre reconnaissance.

A mon maître, M. le docteur CHIFOLIAU,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur,
qui nous a toujours montré la plus paternelle bienveillance
et nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

A mon maître, M. le docteur LAPOINTE,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'honneur,
en témoignage d'attachement respectueux.

A mes maîtres dans les Hôpitaux de Lyon :

Stage

- 1923 M. le professeur TESSIER.
M. le professeur TIXIER.

A mes maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

Stage

- 1924 M. le docteur ROBINEAU.
M. le docteur HALLE.

Externat

- 1925 M. le professeur LENORMANT.
M. le professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE.

Internal provisoire

- 1927 M. le professeur DELBET.

Internal

- 1928 M. le docteur BAUMGARTNER.
M. le professeur agrégé MATHIEU.
1929 M. le professeur agrégé HEITZ-BOYER.
M. le professeur agrégé LARDENOIS.
1930 M. le docteur CHIFOLIAU.
1931 M. le docteur LAPOINTE.

A mes autres maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

- M. le professeur agrégé MOURE.
M. le professeur agrégé LEVEUF.
M. le docteur GOUVERNEUR.
M. le docteur MARSAN.
M. le docteur MADIER.

INTRODUCTION

Durant notre troisième année d'internat, faite à l'hôpital Saint-Louis, chez M. le docteur Chifoliau, il nous a été donné d'observer un cas d'une affection extrêmement rare, l'ulcère rond simple du vagin ou maladie de Zahn.

N'ayant jamais rencontré jusqu'alors une telle affection, nous avons consulté les traités classiques qui ne disent rien, ou que peu de chose de cette maladie.

Les traités de gynécologie de Jean-Louis Faure, de Forgue et Massabuau sont muets sur ce sujet, ainsi que le traité de thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche.

Bégouin et Papin, dans l'édition de 1928 du Précis de Pathologie chirurgicale citent d'un mot, l'ulcère rond du vagin, à propos du diagnostic du cancer de cet organe.

Pozzi, enfin, dans son traité de gynécologie, lui consacre quelques lignes en petits caractères.

Nous consultâmes ensuite la littérature française qui ne contient que deux cas d'ulcère rond, du moins à notre connaissance. La littérature étrangère, quoique plus riche, ne présente en tout que quatorze observations.

Nous rendîmes alors compte de nos recherches à M. le docteur Chifoliau qui nous encouragea vivement à faire sur ce sujet notre thèse inaugurale.

L'ulcère rond simple du vagin, affection pratiquement inconnue du gynécologue, doit être recherché systématiquement, lorsqu'une malade se plaint de troubles dans la sphère génitale.

On doit bien le connaître pour le diagnostiquer lorsqu'on le rencontre au cours d'un examen gynécologique, en savoir le peu de gravité pour ne pas être tenté de lui appliquer un traitement dont l'importance serait disproportionnée avec la bénignité de la lésion.

Au début de cette thèse, nous tenons à remercier notre maître le docteur Chifoliau pour l'idée de ce travail, et pour les conseils qu'il ne nous a pas ménagés. Et nous voulons surtout lui dire ici toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et la respectueuse affection que nous lui garderons toujours.

HISTORIQUE

Le premier cas observé fut décrit par Zahn en 1884. Il fut trouvé à l'autopsie chez une femme de soixante-six ans, et magistralement étudié au point de vue macroscopique et microscopique par cet auteur. Les vues de celui-ci touchant l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère simple du vagin, restent valables aujourd'hui. Enfin, ce fut Zahn qui donna à cette affection le nom d'ulcère rond simple du vagin, nom sous lequel elle est généralement connue.

Aussi croyons-nous rendre un juste hommage au professeur de Genève en donnant son nom à l'ulcère du vagin, et nous appellerons dans la suite l'affection qui nous occupe, indifféremment : ulcère rond simple du vagin ou maladie de Zahn.

Browicz décrit le second cas d'ulcère rond du vagin en 1888.

L'année suivante Zahn rapporte un autre cas d'ulcère. Observé également sur une pièce prélevée à l'autopsie, notons l'importance de cette observation : c'est dans ce cas, en effet, que furent observées pour la première fois les taches hémorragiques qui parfois accompagnent l'ulcère et qui, comme nous le verrons par la suite, sont de précieux éléments de diagnostic, et éclairent la pathogénie de l'ulcère.

Puis Braithwaite, en 1894, publie les deux premiers cas d'ulcères ronds simples du vagin observés sur des sujets vivants, car les cas jusqu'alors étudiés avaient été des trouvailles d'autopsies.

En 1895, von Skowronski observe un autre cas d'ulcère rond.

Le diagnostic porté est celui de carcinome et la lésion traitée comme telle par une large exérèse chirurgicale. Il fallut l'examen microscopique pour reconnaître l'erreur. Cette observation est particulièrement intéressante par cette erreur

même, ce que nous pensons de la possibilité d'une confusion avec une lésion maligne n'est pas une simple hypothèse, l'erreur a été réellement faite, un traitement d'une importance disproportionnée avec la bénignité de la lésion a été institué, faisant courir à la malade un risque inutile :

« *Primum non nocere* », tel doit être le souci constant du médecin, et c'est la lecture de cette observation qui nous a particulièrement engagé à entreprendre ce travail.

Suivent, en 1896, deux nouveaux cas venant du Laboratoire de Zahn et rapportés par son collaborateur Beuttner.

Puis Bekmann rapporte un cas qu'il a observé en 1897, il fit le diagnostic et traita l'ulcère par une excision limitée, avec résultats satisfaisants.

En 1904, Thomson observe chez deux jeunes femmes la maladie de Zahn.

En 1905 paraissent les deux premiers travaux en langue française, qui d'ailleurs resteront les seuls jusqu'à nous, du moins à notre connaissance : ce sont les observations de Puech et de Vautrin, dont on lira avec fruit les observations et les commentaires.

Si nous ajoutons à cela quelques lignes de Pozzi dans son traité de gynécologie et une mention de Bégouin et Papin dans le *Précis de pathologie chirurgicale*, nous en aurons terminé avec les travaux français.

Veit, dans l'édition de 1908 de son *Traité de gynécologie*, dit avoir vu deux cas d'ulcères ronds chez des femmes vivantes, mais il ne donne pas les observations.

Shroeder et Kuhlmann, en 1922, rapportent une observation. Dans leur travail, ils envisagent toutes les ulcérations que l'on peut observer au niveau du vagin et l'on se reportera à leur article pour le diagnostic de l'ulcère rond.

Kauffmann, dans son livre paru en 1922, insiste sur le stade pré-ulcéreux.

Enfin Fluhmann, de San Francisco, en 1929, rapporte deux nouvelles observations de la maladie de Zahn. C'est le dernier travail que nous ayons trouvé avant le nôtre, l'observation qui lui sert de base et qui date de septembre 1930 étant entièrement inédite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons voir les lésions que l'on reconnaît sur les coupes pratiquées en cas d'ulcère rond simple du vagin :

La muqueuse vaginale à l'entour de l'ulcère est normale. Cependant on observe souvent par places, une infiltration de lymphocytes. Les vaisseaux commencent déjà à présenter des modifications. Ils sont parfois très rares ou même ont complètement disparu. Le plus souvent ils sont atteints de lésions d'endartérite : sclérose de la tunique moyenne, prolifération de la tunique interne avec diminution plus ou moins considérable de la lumière artérielle, pouvant aller parfois jusqu'à l'oblitération complète.

Au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'ulcère, la muqueuse diminue d'épaisseur, ses couches de cellules diminuent de nombre, elle finit par disparaître graduellement. C'est cette muqueuse dégradée qui constitue les bords de l'ulcère.

D'autres fois la muqueuse s'arrête brusquement, les bords surplombent à pic le fond de l'ulcère.

Le fond de celui-ci est généralement recouvert d'une mince couche de pus ou d'une couenne fibrineuse.

Il est constitué par du tissu de granulation : on y rencontre quelques vaisseaux néoformés. Les fibres collagènes y sont abondantes. Les cellules nombreuses : lymphocytes, quelques rares polynucléaires, des plasmocytes.

On ne trouve, en général, pas de microbes banaux. On n'a jamais trouvé de bacilles de Koch, de tréponèmes pâles ou de cellules géantes.

Plus profondément, on trouve la musculature vaginale généralement normale; cependant il n'est pas rare de rencontrer des fibres musculaires ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Il nous reste à étudier les vaisseaux sanguins de la région

et les modifications qu'ils subissent assez fréquemment. Nous verrons dans la suite que cette étude est du plus haut intérêt, au double point de vue étiologique et thérapeutique.

Les artères sont le plus souvent athéromateuses, leur lumière est rétrécie, parfois même oblitérée. Sur certaines préparations même on ne peut déceler aucun vaisseau visible.

Les veines sont assez souvent dilatées, gorgées de sang. Dans les cas de dilatation veineuse, on observe, par endroits, que la paroi du vaisseau manque, les globules rouges se sont répandus dans les tissus, les uns sont intacts, facilement reconnaissables, les autres détruits. On retrouve la trace de ceux-ci sous forme de pigment sanguin, libre ou phagocyté.

Si l'on examine une des taches ecchymotiques, c'est-à-dire un ulcère en puissance, on constate que l'épithélium va s'amincissant de la périphérie vers le centre, et présente des lésions nécrotiques. Au-dessous, on trouve des hémorragies interstitielles et les modifications vasculaires que nous avons vu plus haut.

Nulle part on ne trouve trace de malignité.

Nulle part on n'a pu déceler de lésions de névrite.

En résumé, il s'agit d'une inflammation chronique non spécifique, développée sur une muqueuse à vascularisation déficiente.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'ulcère rond simple du vagin se voit avec prédilection chez la femme âgée, après la ménopause. Cependant on l'observe, quoique plus rarement, chez des femmes jeunes et réglées. On ne l'a jamais encore rencontré, à notre connaissance, chez une femme enceinte.

On a invoqué diverses théories pour expliquer la genèse de cet ulcère.

Nous allons les passer successivement en revue et dire ensuite à quelle conclusion nous sommes arrivés par l'étude des observations.

Voyons tout d'abord la théorie vasculaire, la plus ancienne en date et qui garde, aujourd'hui encore, toute sa valeur.

C'est Zahn qui l'exposa à l'occasion de sa première observation : Frappé par le mauvais état de l'appareil circulatoire de sa malade, par les lésions artérielles locales au niveau et au voisinage de l'ulcère, il rapprocha l'ulcère du vagin de l'ulcère simple de l'estomac, et tendit à faire jouer à la lésion vasculaire, le rôle fondamental dans la genèse de la maladie.

D'autres auteurs se basant sur la situation de l'ulcère qui siège le plus souvent au niveau du cul de sac postéro-latéral du vagin, là où s'accumulent normalement les sécrétions utérines, ont pensé qu'il s'agissait d'une action corrosive de celles-ci, action qui se produirait en un point limité grâce au contact prolongé en ce point. Cette action serait d'autant plus nocive qu'il existerait une infection utérine plus virulente.

Telle est la théorie infectieuse.

Enfin, dans certains cas, les auteurs attachent la plus grande importance à la misère physiologique, à l'anémie que l'on note dans certaines observations.

Aucune de ces théories ne peut s'appliquer à tous les cas.

La théorie vasculaire explique certainement la genèse d'un grand nombre d'ulcères :

Femmes âgées, artério-scléreuses, présentant des lésions orificielles et pulmonaires, et dans le vagin desquelles, à côté de l'ulcère principal, on trouve les taches brunes ou ecchymotiques, maladie de Zahn à la phase pré-ulcéreuse.

Mais on observe des ulcères chez des femmes jeunes sans aucune lésion artérielle.

C'est alors que l'action des sécrétions utérines et vaginales se présente à l'esprit pour expliquer les faits. Mais la muqueuse vaginale est particulièrement résistante. Bien des femmes ont de la métrite et leur vagin reste cependant indemne de toute ulcération.

Il faut bien avouer que parfois la cause reste obscure. En tous cas, aucune théorie ne suffit à elle seule à expliquer tous les cas.

Voici, pour notre part, comment nous concevons la genèse de l'ulcère rond simple du vagin :

Pour que la muqueuse vaginale, si résistante normalement, se laisse détruire en un point, il est nécessaire qu'elle ait perdu localement, pour une cause à déterminer, sa vitalité propre.

Or, seule une mauvaise irrigation sanguine peut expliquer cette diminution de résistance du revêtement épithélial du vagin. Effectivement nous retrouvons une altération vasculaire, ou tout au moins une hypovascularisation dans la plupart des observations : malades âgées, aux artères sclérosées, présentant souvent des lésions endocarditiques et orificielles, de la stase pulmonaire.

Aux abords de l'ulcère la signature de l'origine vasculaire est nettement marquée : les artères sont sclérosées, leur lumière réduite, elles sont parfois même complètement absentes.

D'autres fois, et surtout chez les femmes jeunes, il n'existe pas de modifications du système circulatoire général. Mais on trouve des lésions annexielles ou utérines, des adhérences unissant les organes du petit bassin et qui ne sont certainement pas sans entraîner un trouble de la circulation, une stase veineuse dans tout le petit bassin, et particulièrement au niveau des organes génitaux.

Cette stase veineuse est le point de départ de ruptures vasculaires. Il se forme des hémorragies sous muqueuses qui s'extériorisent cliniquement par des taches brunes ou ecchy-

motiques, maladie de Zahn à la phase pré-ulcéreuse. Ces infiltrations sanguines nuisent à la nutrition des tissus, il se produit de la nécrose, et l'ulcère va se constituer.

La deuxième observation de Zahn apporte une démonstration lumineuse de ce mécanisme. Mais il faut avouer que parfois, la théorie vasculaire ne peut être invoquée. Comment alors expliquer la prédisposition locale, nécessaire selon nous à la constitution de l'ulcère ?

Certains auteurs invoquent un traumatisme au cours du coït (Thomson).

D'autres l'anémie, l'hypoalimentation, la misère physiologique (Braitwaithe), l'ulcération se produisant là où les sécrétions utérines stagnent normalement, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Car nous pensons, en effet, qu'il faut un autre facteur pour déterminer la production de l'ulcère : il faut qu'il existe une infection utérine déterminant des pertes d'autant plus irritantes que la flore microbienne est plus riche et plus abondante. Ou tout au moins, une acidité anormale des sécrétions utérines et vaginale dont l'action corrosive va s'exercer au point de moindre résistance de la muqueuse.

En résumé : diminution de la vitalité de la muqueuse vaginale en un point, due généralement à une cause vasculaire; attaque de ce point par les écoulements d'un utérus infecté ou par des sécrétions vaginales hyperacides.

Tels sont les deux facteurs nécessaires à la constitution de l'ulcère.

ETUDE CLINIQUE

Nous allons tout d'abord étudier quels sont les différents symptômes fonctionnels qui peuvent amener les malades à consulter.

C'est d'abord la douleur : son intensité est variable, parfois sourde, parfois aiguë, souvent à type de brûlures. Son point de départ est diversement apprécié par les malades : les unes se plaignent d'une simple pesanteur dans le bas ventre, d'autres accusent des brûlures à la miction. Il en était ainsi dans le cas de von Skowronsky. L'absence de lésion de cystite ou d'urétrite, le voisinage de l'ulcère et de l'urètre, forcent bien à admettre que ces symptômes étaient sous la dépendance de l'ulcère.

Dans d'autres cas les symptômes sont plus exactement rapportés au vagin par la malade : gêne au niveau de cet organe, douleur réveillée par le coït, douleur réveillée par l'examen. Ces sensations douloureuses sont donc, tantôt continues, tantôt discontinues. Elles sont d'ailleurs fort inconstantes et n'existent pas dans bien des cas.

D'autres fois ce sont les pertes purulentes qui dominent le tableau clinique et amènent les malades au médecin.

Plus ou moins abondantes, de couleur jaune-verdâtres, elles effrayent d'autant plus les malades que celles-ci en étaient habituellement indemnes.

Le cas de Vautrin est particulièrement typique à cet égard : sa malade avait été opérée dix ans auparavant par Bouilly, qui lui avait fait une hystérectomie vaginale. Elle vit un jour des pertes abondantes apparaître et l'examen gynécologique montra l'existence de l'ulcère.

Chez les malades présentant des pertes blanches habituelles, l'apparition de l'ulcère pourrait entraîner une augmentation de l'écoulement purulent vaginal, mais ce sont là des nuances

bien difficiles à apprécier et à rapporter à leur véritable cause.

Plus rarement, on observe une hémorragie vaginale, parfois abondante, premier symptôme révélateur et d'autant plus effrayant pour la malade que celle-ci a atteint l'époque de la ménopause.

Tel est le cas de la première malade de Fluhmann que nous rapportons dans la seizième observation.

Tels sont les trois symptômes qui peuvent signaler l'existence d'un ulcère rond simple du vagin. Notons, dès à présent, qu'aucun n'est caractéristique, qu'ils existent isolés ou combinés dans toutes les affections gynécologiques. Aussi convient-il, au cours de tout examen gynécologique, d'examiner soigneusement, non seulement le col utérin, mais encore le vagin dans sa totalité, et plus particulièrement le cul-de-sac postérieur, qui est, comme nous le verrons le siège d'élection de l'ulcère. Sinon, on mettra les troubles observés sur le compte d'une métrite, d'un fibrome, imaginaires ou réels.

Et n'ayant pas découvert la cause exacte de ces symptômes, on ne pourra obtenir leur cessation, faute d'un traitement causal judicieusement appliqué.

Enfin, notons que bien souvent aucun symptôme ne vient révéler l'existence de l'ulcération.

Plusieurs malades chez lesquelles on trouva l'ulcère à l'autopsie ne s'étaient, pendant leur vie, plaintes d'aucun trouble dans la sphère génitale.

Chez d'autres enfin, venues consulter pour des raisons diverses, on ne découvrit l'ulcère que par hasard, au cours d'un examen systématique et complet.

Aussi convient-il de ne jamais omettre de pratiquer, chez toute malade, un examen gynécologique complet par le doigt et le spéculum, et ce faisant il ne faut pas se contenter de voir le col utérin, mais encore explorer la totalité du conduit vaginal.

Voyons maintenant les résultats de l'examen physique qui est capital pour le diagnostic.

Le toucher à main gantée, tel qu'on le pratique habituellement, ne donne pas de renseignements : comme nous le verrons, l'ulcère reposant sur une base parfaitement souple, étant lui-même non induré, très superficiel, n'est pas perçu par le doigt.

Par contre il n'est pas rare que le toucher réveille une douleur vaginale. Douleur de distension, rarement la douleur pourrait être réveillée par la pression en un point localisé.

Nous avons pensé un instant, que peut-être le toucher à doigt nu pourrait donner plus de renseignements : pratiqué par nous chez notre malade, il ne nous a pas permis de sentir l'ulcère. Et cependant nous étions avertis de son existence et de son siège exact.

Le meilleur mode de diagnostic étant sans aucun doute l'examen au spéculum. Encore celui-ci demande-t-il certaines précautions :

S'il est facile d'examiner le cul-de-sac en retirant légèrement l'instrument, il n'en va pas de même pour explorer les faces latérales du vagin. Pour cela il faut déplacer le spéculum de façon à pouvoir examiner entre les bords latéraux des deux valvules, successivement toutes les parois du conduit vaginal.

D'ailleurs, si l'on soupçonne un ulcère rond, il sera préférable d'examiner le vagin à l'aide de deux valves vaginales : l'exploration sera plus facile et moins désagréable pour la malade.

Voyons maintenant sous quel aspect se présente l'ulcère.

Il est situé, en général, au niveau du cul-de-sac postérieur ou d'un cul-de-sac latéral. Plus rarement au niveau d'une paroi vaginale latérale. Exceptionnellement il est situé à la partie inférieure du vagin au niveau du vestibule, ainsi que l'ont observé Shroeder et Kulhmann. Généralement unique, il est quelquefois multiple.

Notons que l'on constate souvent la coexistence de taches brunes ou ecchymotiques, plus ou moins nombreuses, qui sont autant d'ulcères en puissance. Nous avons déjà vu leur signification, leur importance au point de vue pathogénique, ils sont également très précieux pour le diagnostic, et leur constatation dans un cas où le diagnostic était hésitant, lève tous les doutes.

La forme est le plus souvent ovalaire, parfois triangulaire à angles mousses, comme c'était le cas pour la deuxième malade de Beuttner; l'ensemble s'approche toujours plus ou moins du cercle, d'où le nom d'ulcère rond.

La taille est variable : généralement l'ulcère présente les dimensions d'une pièce de deux francs. Parfois dans les formes extensives, ces dimensions peuvent être de beaucoup dépassées.

Par contre, bien souvent et en particulier dans les formes de début, on peut voir des ulcères tout petits, ne dépassant pas les dimensions d'une lentille.

La muqueuse vaginale est normale aux alentours, souvent un peu plus pâle que dans le reste du vagin, rarement hyperhémiee.

L'ulcère lui-même est souvent recouvert d'une légère couche de pus jaunâtre, ou d'une mince couenne fibrineuse.

Celle-ci détergée, le fond de l'ulcère apparaît rouge vif ou tirant sur le violet. Ce fond est assez égal d'aspect, finement granuleux. Il est très peu en contre-bas par rapport aux tissus environnants : de un demi-millimètre à un millimètre et demi environ.

Les bords sont nets, taillés à pic, non décollés, le stylet ne peut être insinué au-dessous. Ils sont constitués par la muqueuse qui s'arrête brusquement : la paroi vaginale saine fait place sans transition à l'ulcère.

Enfin, caractère extrêmement important et qui permet d'éliminer toute idée de malignité, la base de l'ulcère n'est ni indurée, ni infiltrée, mais parfaitement souple, comme l'ulcère lui-même.

L'examen complet du reste de l'appareil génital permet souvent de déceler une lésion qui pourra, dans une certaine mesure, être mise en cause dans la genèse de l'ulcère.

Nous avons déjà vu qu'il était extrêmement fréquent d'observer une métrite et nous en avons dit le rôle nocif.

On peut constater également l'existence d'une salpingite, d'un fibrome ou même d'un cancer du col, comme dans le cas de notre malade.

Enfin, l'examen général de la malade, que l'on ne manquera pas de pratiquer, révèle bien souvent des troubles circulatoires : il est de règle d'observer chez les femmes âgées atteintes d'ulcère rond, un athérome artériel généralisé, une lésion endocarditique, de la stase pulmonaire.

D'autres fois, et surtout chez les femmes jeunes, ce sont surtout des troubles de l'état général : une anémie plus ou moins intense, une hypoalimentation, un degré variable de misère physiologique, que l'on observe.

Ces troubles de l'état général sont-ils la cause ou l'effet de la maladie de Zahn ?

Il peut être quelquefois difficile de le dire.

Cependant l'impression qui se dégage de l'étude des observations est que l'ulcère ne retentit que peu sur l'état général.

L'évolution de l'ulcère est plus ou moins longue et se fait, en général, vers la guérison. Celle-ci s'obtient parfois assez rapidement : tel fut notre cas; par des moyens très simples,

l'ulcère régressa rapidement, et au bout d'un mois il n'en restait plus trace.

Plus rapide encore fut le résultat qu'obtint Bekmann par le traitement chirurgical.

Mais souvent il n'en est pas de même. L'ulcère prend une allure torpide, les topiques sont sans action nettement appréciable sur lui, il met des mois à guérir. Il n'est d'ailleurs pas rare dans ces cas d'observer l'apparition successive de nouveaux ulcères qui viennent retarder la guérison.

Enfin, dans quelques cas l'ulcère peut persister indéfiniment sans tendance à la guérison. Tel fut le cas d'une des malades de Braitwathé et nous verrons que c'est dans des cas semblables qu'un traitement chirurgical doit être envisagé.

Quoiqu'il en soit le pronostic de la maladie de Zahn est bon; l'ulcère ne présente aucune trace de malignité. Le retentissement sur l'état général n'est jamais important.

Une dernière question se présente : un cancer peut-il se greffer sur un ulcère rond ? Nous n'avons trouvé aucun exemple d'une telle transformation. Cependant nous la croyons possible : au niveau du vagin, comme ailleurs, l'irritation chronique prédispose à l'apparition du cancer. Aussi ne doit-on jamais oublier cette éventualité et, tout en considérant l'ulcère rond de Zahn comme une affection bénigne, il faudra cependant ne pas négliger son traitement et s'efforcer d'en obtenir la guérison aussi vite que possible.

Le diagnostic de l'ulcère rond simple du vagin est parfois difficile à poser par la seule clinique : on doit toujours recourir à la biopsie de contrôle. Quoiqu'il en soit, il se pose avec toutes les ulcérations que l'on peut rencontrer au niveau du vagin, et, parmi elles, surtout avec les ulcérations cancéreuses.

Shroeder et Kuhlmann étudient très complètement toutes les ulcérations vaginales dans les archives de gynécologie allemande, aussi nous ferons à leur travail de larges emprunts.

Notons tout d'abord qu'au cours d'une maladie générale, par ailleurs bien caractérisée, on peut voir apparaître des ulcérations vaginales qu'il est facile de rattacher à leur véritable cause.

Tel est le cas des ulcérations diphtériques, urémiques, dyssentériques dont Shroeder et Kuhlmann rapportent des exemples.

Tel est le cas encore de l'ulcère aphteux : plaques jaunes grisâtres, à contours irréguliers, au milieu d'une muqueuse

rouge et parsemée de vésicules. Il existe par ailleurs de la fièvre, une stomatite aphteuse, une angine nécrotique.

Il faut rapprocher de ces faits les ulcères tuberculeux. Observés en général chez des bacillaires avérés, présentant par ailleurs des caractères bien spéciaux : bords violacés, déchiquetés, décollés, le diagnostic est facile.

De même l'ulcère variqueux, qui ne se voit que sur un terrain spécial.

Il faut aussi différencier de l'ulcère rond du vagin les ulcères mécaniques et chimiques.

Dans leur production, il faut incriminer, soit une intervention chirurgicale antérieure, soit l'usage de pessaires, soit l'introduction dans le vagin de corps étrangers, dans un but érotique.

Notons également que des injections vaginales trop chaudes peuvent occasionner une brûlure et la formation d'une ulcération.

Quant aux ulcères chimiques ils peuvent être observés au cours du traitement d'une métrite cervicale par le néofilhos, si l'on n'a pas eu soin de protéger avec une compresse ou un tampon de coton le cul-de-sac vaginal postérieur.

D'autres fois une paillette de permanganate non dissoute peut rester prise dans un pli de la muqueuse et former une ulcération en ce point.

Enfin, il faut placer ici une catégorie d'ulcération d'observation récente : nous voulons parler des ulcères dus à l'application de radium.

A la suite de l'irradiation d'un cancer génital, on observe parfois une ulcération à tendance destructive que l'on rattachera facilement à sa véritable cause grâce à l'anamnèse.

Plus importantes sont les ulcérations vénériennes : le chancre mou est rare au niveau du vagin; la constatation du bacille de Ducrey, permet de l'identifier facilement. Plus fréquentes seraient les lésions syphilitiques.

On peut observer au niveau du vagin des lésions à chacune des périodes de la maladie: chancre d'inoculation, de couleur jambonnée, avec sa base légèrement cartonnée; l'examen du produit obtenu en râclant sa surface montre les trépomènes pâles visibles à l'ultra microscope; — syphilides ulcéreuses, en général multiples, coexistant avec d'autres accidents secondaires; — gommès ulcérées, enfin, en cratère, à fond jaunâtre bourbillonneux.

La coexistence d'autres accidents syphilitiques, la réaction

de Bordet Wassermann, l'épreuve du traitement, permettent le diagnostic.

Il existe enfin une ulcération rare que l'on observe parfois au niveau du vagin : l'ulcère phagédénique de Clarke. Décrit par cet observateur en 1821, il a été confondu avec la maladie de Zahn par quelques auteurs. Il convient cependant de l'en distinguer soigneusement : c'est en effet une forme de gangrène de l'utérus. Débutant en général sur la portion intravaginale du col utérin, elle n'atteint que secondairement le vagin. Elle se présente sous forme d'une ulcération irrégulière, reposant sur une base épaissie et indurée; elle creuse en profondeur, pouvant faire communiquer le vagin et le rectum. Elle s'accompagne d'hémorragies fréquentes et considérables. C'est le tableau clinique d'un cancer, mais les examens histologiques répétés ne montrent aucune image de malignité, seulement des lésions nécrotiques profondes et irrégulières.

Son pronostic est fort grave et il est bien évident qu'il n'a rien de commun avec la maladie de Zahn dont nous avons dit la bénignité.

Enfin, nous en arrivons au diagnostic, à notre avis de beaucoup le plus important, l'ulcération néoplasique. En effet si l'on prenait un ulcère rond pour un cancer on serait par là même conduit à appliquer un traitement chirurgical d'une gravité certaine, faisant courir à la malade un risque tout à fait disproportionné avec la bénignité de la maladie. Telle fut l'erreur de Skořwronsky.

Rappelons que l'on peut rencontrer au niveau du vagin, soit un épithélioma, soit un sarcome, exceptionnellement un chorio-épithéliome.

Au point de vue clinique : écoulement d'odeur fétide, rapide et importante atteinte de l'état général, ulcération bourgeonnante, friable, saignante, reposant sur une base infiltrée et dure, feront faire facilement le diagnostic que confirmera le biopsie.

TRAITEMENT

Le traitement de l'ulcère rond simple du vagin découle logiquement de ce que nous ont appris l'étiologie et l'anatomie pathologique.

Il se résume en trois directives :

Remonter l'organisme affaibli; combattre la cause locale d'irritation; favoriser la régénération de la muqueuse.

Il faut remonter l'organisme en général affaibli : mettre les malades au repos, leur imposer une vie hygiénique, un séjour à la campagne peut être du plus heureux effet; une bonne alimentation est indispensable. On prescrira des toniques :

Du fer, de l'arsenic en cas d'anémie; du phosphore, de la strichnine en cas de dépression nerveuse.

Chez les personnes âgées hypertendues, attréromateuses : un régime convenable, de l'iodure.

Chez les malades atteintes d'une affection valvulaire, le repos, les toni cardiaques.

Il faudra concurremment instituer un traitement local, celui-ci poursuivra le double but que nous savons : il faudra faire disparaître la cause d'infection, d'irritation : pour cela on traitera la métrite lorsqu'elle existe. On maintiendra le milieu vaginal aussi stérile que possible par des injections antiseptiques : liqueur de Labarraque par exemple. On s'efforcera de rendre la réaction alcaline par des injections au tanin borate de soude, que l'on fera alterner avec celles à la liqueur de Labarraque.

Ces injections ayant en outre pour but de déterger l'ulcère de la couche purulente ou fibrineuse qui tapisse son fond et

de faciliter l'action des topiques. L'action de ceux-ci est double :

Aseptiser l'ulcère plus efficacement que ne peuvent le faire les injections; et surtout stimuler la vitalité des tissus et provoquer un travail de bourgeonnement et de réparation. Citons en premier lieu la thermocautérisation pour l'éliminer il ne semble en effet pas du tout indiqué, pour traiter une lésion de nécrose et d'hypovascularisation, d'employer un agent qui ne pourrait qu'étendre cette nécrose et détruire de nouveaux vaisseaux. Ce procédé d'ailleurs, employé par Thomson sur une de ses malades n'a pas donné un bon résultat.

Il nous reste donc les topiques chimiques que nous allons passer en revue :

Le chlorure de zinc à 1 pour 10, a été employé avec des résultats divers, il mérite d'être conservé.

Mais les deux médicaments de base sont à notre avis : le nitrate d'argent et la teinture d'iode.

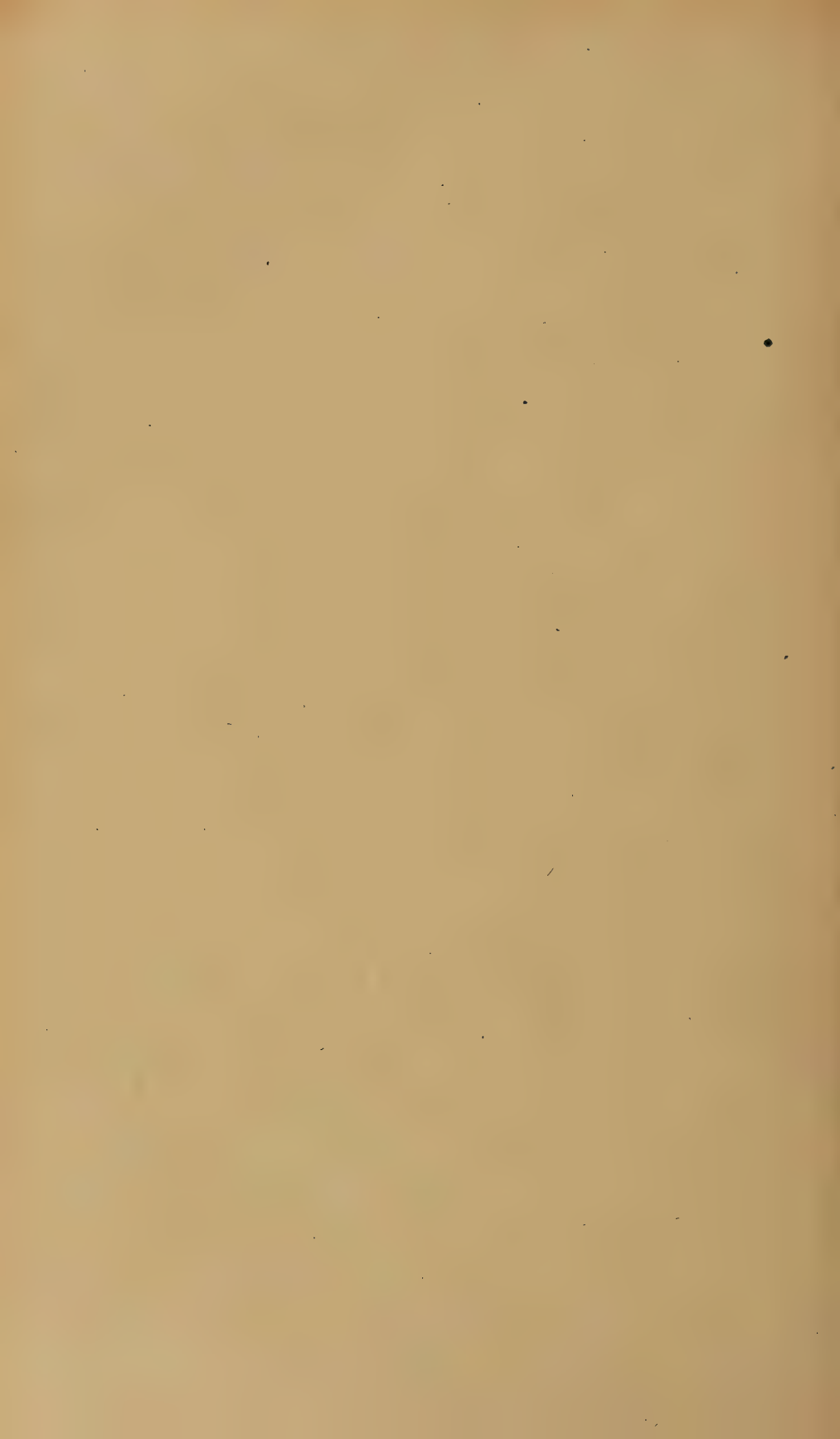
Le nitrate d'argent, en solution faible, à 1/100, est le topique que l'on a employé le plus fréquemment et avec le plus de succès, semble-t-il.

La teinture d'iode, acquisition plus récente de l'arsenal thérapeutique journalier, semble très efficace et est chaudement préconisée par Vautrin.

Nous conseillons de faire de un à deux attouchements de l'ulcère par semaine et d'alterner nitrate et teinture d'iode, sous réserves, bien entendu, d'adopter un de ces médicaments à l'exclusion de l'autre, s'il se montrait particulièrement efficace.

Enfin, certains cas rebelles ne sont pas améliorés par ces traitements. Si une amélioration nette et une régression notable ne s'est pas manifestée au bout de six semaines, nous estimons qu'il faut intervenir chirurgicalement. Il est bien entendu qu'il s'agit d'une simple excision de l'ulcère puisqu'on est en présence d'une ulcération bénigne. Cependant cette excision ne sera pas trop parcimonieuse. Nous avons vu en effet qu'au voisinage de l'ulcère les tissus sont mal vascularisés, légèrement infectés. Si donc l'on passait trop près des bords de l'ulcère on risquerait de voir lâcher les sutures, ainsi qu'il arriva à la malade de Bekmann, ce qui ne l'empêcha pas d'ailleurs de guérir rapidement. Il faudra donc passer au moins à un demi-centimètre de l'ulcère pour être en tissu sain et bien vascularisé. Il ne faudra pas craindre de décoller la paroi vaginale pour pouvoir suturer sans tractions. On

prendra garde de ne pas rétrécir outre mesure le conduit vaginal pour ne pas empêcher les rapports. Pour cela on aura avantage à exciser et à réunir perpendiculairement à l'axe du vagin et non pas parallèlement. Cette opération pourra être parfaitement menée à bien à l'aide d'une anesthésie épidurale, que nous conseillons pour sa commodité et sa bénignité.



OBSERVATIONS

Observatin I (personnelle, inédite).

Mme G..., 57 ans, ménagère, entre le 16 septembre 1930 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître le docteur Chifoliau, pour des métrorragies d'apparition récente.

La malade a eu sa ménopause il y a quinze ans. Elle a eu un enfant actuellement vivant.

Tout à fait bien portante jusqu'à ces temps derniers, elle a présenté des pertes blanches et des métrorragies depuis le mois de juin. Ces métrorragies étaient peu abondantes, de sang rouge, sans caillots, inodores, discontinues, se produisant trois ou quatre fois par mois, spontanément. Les pertes blanches sont sans caractères spéciaux, n'empêsent pas le linge de la malade. Notons à ce propos que Mme G... ne prend pas d'injections d'une façon habituelle.

La malade a un peu maigrie depuis l'apparition de ces troubles.

L'examen gynécologique montre : un vagin atrésique, un col utérin un peu gros; les annexes paraissent normales; le doigt revient souillé d'un peu de sang.

L'examen au spéculum montre : un col d'aspect normal par l'orifice duquel s'écoule un peu de sang. Sur la paroi latérale droite du vagin, à deux centimètres environ au-dessous du col, existe une ulcération ovalaire mesurant trois centimètres de long sur un centimètre et demi de large. Les bords sont nets, non décollés, mesurant un millimètre de haut environ; le fond est rouge vineux, légèrement granuleux, non hémorragique; la muqueuse vaginale est normale tout autour. Il n'y a pas d'induration de la base de l'ulcère.

L'examen cystoscopique que nous avons pratiqué montre l'intégrité parfaite de la vessie.

A l'examen somatique complet on ne découvre rien de remarquable, sinon un peu de bronchite chronique. La réaction de Bordet Wassermann est négative.

On pratique une biopsie de l'ulcère à la pince, à la périphérie de la lésion.

On place une laminaire afin de dilater le col pour faire une biopsie intra-utérine. Un numéro dix a beaucoup de peine à franchir l'isthme, et on a l'impression d'un obstacle intra-cervical. Quelques heures après, il se produit une abondante hémorragie avec tendance syncopale qui nécessite un tamponnement.

Deux jours après on pratique une biopsie intra-utérine : la curette prélève dans la cavité cervicale des fragments de tissus friables.

L'examen histologique a été pratiqué par M. de Traverse, chef de laboratoire du Service, ancien interne en pharmacie des Hôpitaux, et par M. le docteur Civatte, chef de laboratoire central d'histologie à l'hôpital Saint-Louis.

L'étude des fragments de muqueuse utérine n'a pas permis de déceler des cellules néoplasiques.

Sur les coupes de l'ulcération vaginale, on ne voit que des lésions inflammatoires banales :

La muqueuse vaginale, normale, s'amincit au fur et à mesure que l'on approche de l'ulcère, puis disparaît brusquement.

Le fond de celui-ci est constitué de tissu conjonctif infiltré de lymphocytes, qui repose sur le tissu musculaire du vagin.

Il n'y a rien de remarquable au niveau des vaisseaux qui paraissent normaux.

Notons que depuis son entrée à l'hôpital la malade reçoit deux injections vaginales quotidiennes, deux litres d'eau bouillie, chaude, additionnée d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque.

Sous l'influence de ce traitement les pertes blanches ont cessé, mais les métrorragies persistent.

Un nouvel examen pratiqué quinze jours après le premier montre que l'ulcération a considérablement régressé et ne présente plus que le tiers de ses dimensions primitives.

Malgré l'absence de cellules néoplasiques dans les fragments de muqueuse utérine prélevés par le curetage, et devant la persistance des métrorragies, on décide de faire une hystérectomie élargie, sur le diagnostic clinique de cancer de l'utérus.

L'opération de Wertheim est pratiquée le 11 octobre par M. le docteur Chifoliau : la section du vagin est faite le plus bas possible. Péritonisation par cloisonnement colo-vésical. Drainage par le vagin : un drain et deux mèches. Paroi en un plan aux fils de bronze.

À l'examen de la pièce opératoire on constate :

Un kyste ovarien gros comme un œuf. La cavité du corps utérin est occupée par un gros polype muqueux. Le col, dilaté à sa partie moyenne, rétréci au niveau de l'isthme, présente dans sa cavité une tumeur végétante reposant sur une base infiltrée, tumeur qui, à l'examen histologique, se révéla être un cancer du col utérin, d'origine glandulaire.

La paroi vaginale réséquée sur une hauteur de trois centimètres ne montre pas d'ulcère.

Les suites furent remarquables par leur simplicité : la malade sortit de l'hôpital le 7 novembre 1930, parfaitement guérie, son vagin cicatrisé ne présentait plus trace d'ulcère. Elle reste parfaitement guérie jusqu'à ce jour.

Observation II. Zahn (observation princeps).

Le 7 janvier 1881, une femme de 76 ans fut autopsiée par mon assistant.

Cette femme se trouvait à l'hôpital depuis 6 ans, pour une hémiplegie droite avec aphasie.

Il existait un foyer de ramollissement cérébral localisé au noyau lenticulaire et s'étendant jusqu'à l'insula.

Les valvules mitrales étaient épaissies, raccourcies et sclérosées; sur leur face supérieure et surtout à la partie externe se trouvaient des éminences calcaires.

Les artères étaient à peu près toutes atteintes de lésions d'endartérite chronique.

Le poumon était atteint d'emphysème et de bronchite chronique.

L'estomac présentait des ecchymoses récentes et des érosions.

La rate, les reins, le foie étaient atteints d'atrophie sénile, ainsi que l'utérus, qui a été prélevé avec les annexes.

Quand, trois jours après, j'ai pris les pièces en vue d'une démonstration et que je les ai étudiées de plus près, j'ai trouvé dans la partie supérieure du vagin, une ulcération

ronde, de la taille approximative d'une pièce de 20 centimes, avec des bords nets, à pic, un fond rouge.

Les ovaires et l'utérus étaient atrophiés.

La muqueuse utérine était un peu épaissie, extraordinairement hyperhémie, on y trouva certaines ecchymoses récentes et les glaires qui la couvraient étaient striés de sang.

La muqueuse du canal cervical était au contraire pâle.

La muqueuse du vagin et de la vulve étaient également pâles; excepté l'ulcération sus-mentionnée et une petite cicatrice linéaire, à peine visible, placée à côté, il n'y avait aucune autre anomalie à signaler. Cette ulcération est placée en haut, en arrière, et un peu à gauche. Elle commence à quatre millimètres au-dessous de la lèvre postérieure du col. Ronde, elle a comme diamètre longitudinal 23 millimètres, et comme diamètre transversal 25 millimètres, les bords de l'ulcère sont à vive arête, à pic sur le fond de l'ulcération et mesurent : en haut 3 millimètres, en bas 1 millimètre de hauteur. Le fond de l'ulcère est extraordinairement hyperhémique et couvert d'une très mince couche de pus.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un tissu conjonctif très vascularisé, infiltré de petites cellules rondes, et d'un assez grand nombre de fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse.

Dans le fond et au niveau des bords de l'ulcère, on trouve d'autres éléments tissulaires, et parmi eux, des colonies de microcoques en amas.

Après préparation de l'artère utérine, on voit que la paroi de celle-ci et celle de l'artère vaginale sont très épaissies, sclérosées, et en conséquence, leur lumière très réduite. Une branche de l'artère vaginale présente une lumière complètement oblitérée.

Observation III. Zahn.

Ce cas a été observé chez une femme de 51 ans qui a été autopsiée le 3 novembre 1887 :

Endocardite végétante de la mitrale; tuberculose pulmonaire chronique avec cavernes; périsplénite circonscrite; tuberculose bilatérale des surrénales et pigmentation de la peau; foie polykystique, kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, de la grosseur d'un œuf; vaginite chronique atrophique avec ec-

chymoses et érosions hémorragiques; ulcère simple au début.

Ci-dessous on trouvera seulement les constatations faites sur l'appareil génital :

La muqueuse vaginale est recouverte de sécrétion blanchâtre, elle est lisse, atrophique, extrêmement pâle, sauf dans certains endroits où elle est un peu rougeâtre.

Exactement à gauche de la ligne médiane, sur la paroi postérieure, se trouve une tache brune, ovale, dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, commençant à cinq millimètres au-dessous de la lèvre postérieure du col, longue de 20 millimètres et large de 10 millimètres; cette tache est en contre-bas par rapport à la muqueuse environnante, entourée par des bords à pic.

À droite de la ligne médiane, sur la paroi antérieure, se trouve un grand nombre de taches brunes, de la taille d'une tête d'épingle, réparties en plusieurs groupes, ainsi que quelques taches un peu plus grandes au niveau desquelles existe une dépression notable.

La muqueuse utérine ne représente rien d'anormal.

La paroi utérine postérieure est adhérente au rectum, il existe également de fortes adhérences des trompes et des ovaires avec les parois latérales du bassin.

Sur la préparation de l'utérine gauche et de la vaginale, on constate que la paroi artérielle présente de grosses lésions endartérielles, sans qu'on puisse trouver nulle part d'oblitération de la lumière des vaisseaux.

On coupe et on examine un morceau de la muqueuse vaginale avec deux des taches précédemment mentionnées. L'épithélium est très peu développé, il y a seulement deux ou trois couches de cellules superposées, on ne trouve pas de papilles. Les veinules sont partout assez éloignées et remplies de globules rouges, les globules blancs sont très rares; les petites artères ont une paroi épaissie, une lumière étroite, mais on ne trouve pas d'oblitération.

Au niveau des taches brunes, l'épithélium manque complètement au centre. Au tiers moyen de cette zone amincie correspondant à la disparition de l'épithélium, se trouve une perte de substance en forme de canal qui se perd obliquement. Les parois de cette perte de substance sont comme déchirées, couverts d'un enduit granuleux contenant du pigment sanguin.

Un pigment analogue se trouve également alentour, libre dans les tissus où à l'intérieur de petites cellules blanches,

d'autres cellules analogues très chargées de pigment sont colorées en brun foncé.

Il existe encore beaucoup d'autres cellules semblables remplissant les tissus d'alentour, cellules rondes extrêmement serrées.

Au milieu de ces cellules, près de la surface de l'ulcération, il y a un nombre assez grand de petites veines remplies de globules rouges, il y a peu de globules blancs autour de ces veines et pas plus agglomérés qu'ailleurs.

Pas d'oblitération artérielle.

Il n'a pas été fait de coupe de l'ulcère lui-même.

Observation IV. Browicz.

Chez une femme de 59 ans, morte de pneumonie, l'auteur trouva un athérome artériel étendu.

La matrice était en état d'involution sénile; les artères utérines et ses branches étaient perméables, elles n'étaient athéromateuses que dans une très petite mesure.

Dans la partie postérieure et droite du vagin, on trouva un ulcère rond, ainsi que huit autres ulcérations, nettement limitées, lisses, de couleur noirâtre, disséminées dans le reste du vagin.

L'examen microscopique démontra que ces ulcères présentaient des tissus nécrosés; la structure cellulaire de ces régions était complètement bouleversée, plus on était près de la périphérie de l'ulcère, plus la structure était nette; autour de l'ulcère, l'épithélium était tout à fait normal, il n'y avait aucune trace de modification, sauf que les vaisseaux sanguins avaient complètement disparu de cette région.

Autour de l'ulcère les vaisseaux étaient épaissis en plusieurs endroits; surtout les petits vaisseaux. Leur lumière était remplie de cellules. En un mot on trouva une image typique d'oblitération vasculaire. Il n'y avait pas trace d'inflammation ou de bacillose.

Observation V. Braithwaite.

Une femme de 55 ans reçoit un courant d'air froid au visage; peu de temps après une inflammation de l'œil survient qui entraîne sa destruction et nécessite son ablation par M. S. W., au début de l'été 1892.

Au mois d'août elle vient me consulter, se plaignant d'une sensation désagréable au niveau du vagin.

Je trouvai une ulcération qui s'étendit lentement autour de presque toute la partie supérieure du vagin.

D'abord ce ne furent que quatre ou cinq étroits ulcères occupant le fond des plis de la muqueuse vaginale qui était rouge et gonflée. L'extrémité inférieure de chacun de ceux-ci atteignait exactement la limite inférieure du vagin et en haut ils ne s'étendaient pas tout à fait jusqu'à la moitié du vagin sur la paroi postérieure.

Ces ulcérations se réunirent progressivement, laissant cependant de petites langues de muqueuse qui permettaient de compter leur nombre primitif.

Les bords étaient coupés nets jusqu'au fond de l'ulcération. La muqueuse semblait être entièrement détruite et les tissus sous-jacents étaient à nu. La surface était sèche en apparence. La légère sécrétion demi-purulente la recouvrant était à peine visible en examinant de près. La couleur était rouge-bleuâtre foncé. Il n'y eut pas d'escarre et la maladie progressa par une lente nécrose moléculaire. Il n'y avait pas de douleur, sauf lorsqu'on distendait les parties pour les examiner. Il n'y avait pas le moindre épaissement des bords de l'ulcération, ni aucune sorte de bourgeonnements, soit à la surface, soit dans le voisinage.

Ayant ainsi détruit la moitié inférieure du vagin, sauf la paroi antérieure, la maladie demeura entièrement stationnaire pendant quatre mois environ. Aucun traitement local n'eut d'effet, sauf les attouchements de la lésion avec de la charpie trempée dans une solution faible d'acide phénique et de chlorure de zinc, qui semblèrent efficaces.

Acide nitrique et nitrate d'argent furent prudemment essayés à quelques endroits sur les bords, mais il ne se manifesta pas de tendance à la guérison.

Pendant ce temps la malade prenait de la quinine, du vin, et suivait un régime aussi généreux que possible.

Six mois avant de venir me voir elle avait eu, comme je l'ai dit, un œil énucléé pour une inflammation lente et inguérissable. Des symptômes morbides commençant à se montrer au niveau de l'autre œil, je redoutai qu'il ne subit le sort de l'autre. J'insistai pour qu'elle quitta la ville, ce qu'elle fit rapidement, craignant pour son œil. A la campagne sa santé s'améliora aussitôt et après un temps considérable, la lésion vaginale commença à guérir; une mince pellicule d'épithé-

lium s'étendit sur la surface dénudée, et quand je la vis pour la dernière fois, vers Noël 1893, elle était pratiquement guérie.

Cette femme vivait depuis des années dans une petite cuisine dans la partie la plus basse de la vallée. Ici l'eau se trouve à une profondeur d'environ vingt pieds au-dessous de la surface du sol qui est de gravier épais.

A cette époque, la malade n'avait pas de domestique et travaillait très dur pour faire son ménage, car elle avait une nombreuse famille.

Quand je la connus, elle vivait dans un quartier salubre de la ville et était à l'aise, mais le mal était fait, et je pense que l'atteinte de sa santé par les sauses sus-mentionnées était à l'origine de la destruction de son œil et de la maladie vaginale. Naturellement M. W. et moi, pensâmes que la syphilis était la cause de la maladie, mais nous ne pûmes en trouver aucune preuve.

Observation VI. Braithwaite.

J'ai vu un autre cas semblable sur une malade de mon service à l'infirmerie de Leeds, qui survint vers la même époque que celui rapporté plus haut.

L'ulcération de la paroi vaginale ressemblait exactement à la première, mais n'était pas aussi extensive.

Il y avait les mêmes bords aigus, la même délimitation nette d'avec la muqueuse vaginale, comme dans le cas précédent; cependant l'ulcération ne s'étendait pas si loin autour du vagin.

Nous ne pûmes arriver à la guérir.

Obeservation VII. Skowronski.

L'auteur a observé un ulcère rond chez une femme vivante.

La malade, âgée de 37 ans, se plaignait de douleurs dans la région de l'urètre, de pollakiurie et de brûlures à la miction.

L'ulcère était situé sur la paroi vaginale antérieure, près de l'urètre, de la taille d'un demi Kreutzer, les bords étaient hauts de 2 millimètres.

On porta le diagnostic de carcinome primitif du vagin et

on pratiqua une large ablation de celui-ci. L'opération fut suivie d'une guérison rapide. Le diagnostic fut redressé par l'examen microscopique.

Observation VIII. Beuttner.

Femme âgée de 44 ans; diagnostic clinique : hypertrophie du cœur, stase rénale et hépatique, dilatation de la carotide et de la sous-clavière gauche.

Diagnostic anatomique : hernie inguinale, thrombose de l'oreillette droite, ecchymoses du péricarde, sténose mitrale, œdème et ecchymoses pulmonaires, foyers limités d'atélectasie, néphrite interstitielle, gastrite papillomateuse, érosions ecchymotiques de l'estomac, hyperhémie de l'intestin, hépatite interstitielle.

Nombreuses érosions ecchymotiques du vagin, ulcère rond.

A trois centimètres au-dessous de la lèvre externe du col se trouve sur la paroi vaginale postérieure, à gauche de la ligne médiane, une perte de substance ronde de la muqueuse vaginale.

Cette ulcération a la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Les bords sont à pic, excepté à la partie inférieure où ils se perdent dans les tissus avoisinants.

Ailleurs l'ulcère est creusé et la sonde peut être poussée de deux à quatre millimètres entre le bord et les tissus sous-jacents.

Le fond de l'ulcère est assez égal. La muqueuse utérine paraît normale, les ovaires sont atrophiés.

Observation IX. Beuttner.

Femme âgée de 58 ans.

Diagnostic clinique : hypertrophie du cœur, surtout marquée à droite, hydrothorax droit.

Diagnostic anatomique : œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres; pleurésie et péricardite; dans l'oreillette droite, thrombus blanc et mélangé, épaissement de la tricuspide avec ulcération d'une de ses valves. Deux thrombus mélangés dans l'oreillette gauche, emphysème du côté gau-

che, embolie de l'artère pulmonaire, pleurésie diaphragmatique postérieure, ectasie des veines œsophagiennes, hyperhémie de la trachée et du larynx, érosions ecchymotiques de l'estomac, ulcère rond du duodéum, sillon diaphragmatique sur le foie, ulcère rond du vagin, petit fibrome de l'utérus, polype de la muqueuse du canal cervical.

A gauche de la colonne vaginale postérieure, se continuant immédiatement avec celle-ci, commençant à trois centimètres au-dessous de la lèvre externe du col, se trouve, sur la paroi vaginale, une cicatrice triangulaire. A l'endroit où le tissu cicatriciel se continue avec la muqueuse, se trouve un bord finement plissé, la base de cette cicatrice triangulaire est placée contre la ligne médiane et mesure 7 millimètres. Les deux autres bords mesurent 5 et 6 millimètres. De la limite supérieure une bande cicatricielle de 6 millimètres de large se dirige vers la lèvre postérieure du col.

Observation X. Bekmann.

Notre malade, âgée de 64 ans, veuve, ayant eu deux enfants, est entrée à l'hôpital d'Oboukof, se plaignant de pertes blanches très fortes. Elle n'a jamais souffert de prolapsus de la paroi vaginale et n'a jamais porté de pessaire.

La malade, assez forte, bien conformée, excepté un peu d'artério-sclérose, ne présente aucune modification dans les organes internes.

Rougeur autour des parties génitales externes, s'étendant jusqu'à la face interne des cuisses.

Ecoulements du vagin, liquides et purulents.

Vagin relativement large. L'utérus est mobile, le corps n'est pas augmenté de volume, les annexes sans modifications.

A l'aide du spéculum cannelé on découvre dans le cul-de-sac postérieur, un peu à droite de la ligne médiane, un ulcère dont une partie s'étend sur la paroi postérieure du vagin.

La grandeur de l'ulcère est celle d'une pièce de 3 kopecks (plus grande qu'une pièce de 50 centimes).

La forme n'est pas tout à fait régulière, mais ronde.

Le fond de l'ulcère est rouge, couvert seulement d'une petite quantité de détritits jaune.

Ses bords sont accentués.

Le fond est à peine au-dessous du niveau de la muqueuse vaginale.

Au palper, l'ulcère est lisse.

Après injection de 0,05 de cocaïne l'ulcère est excisé et la plaie cousue par des sutures à nœuds. Sept jours après l'opération, en enlevant les sutures, on constate que les bords de la plaie se sont écartés. Plus tard la plaie s'est cicatrisée par seconde intention.

Les pertes ont cessé et la malade s'est sentie si bien qu'elle avait demandé à quitter l'hôpital avant la guérison complète.

L'ulcère enlevé a été fixé dans l'alcool. Les coupes des morceaux contenus dans la celloïdine et colorés par l'hématoxyline et éosine ont permis les constatations suivantes :

L'épithélium stratifié bien développé s'arrête brusquement à la limite de l'ulcère; on voit à ce même niveau et en quelques endroits, un amincissement brusque du revêtement épithélial qui recouvre encore sur une certaine étendue l'ulcère sous forme d'une couche déjà nécrosée.

L'ulcère lui-même est composé d'un tissu très riche en petites cellules rondes avec gros noyaux se colorant bien. Entre ces cellules on voit, en petite quantité, un tissu fibreux jeune. Peu de vaisseaux et capillaires. Les couches inférieures de ce tissu ressemblent à un tissu granuleux: elles sont imbibées par places par du pigment sanguin et détruites dans d'autres endroits par des hémorragies; elles sont nécrosées, sur quelques coupes on voit qu'une mince couche de sang recouvre la circonférence de l'ulcère.

Les vaisseaux présentent partout dans la profondeur de la paroi vaginale enlevée, le tableau de l'endarterite. L'intima des vaisseaux est de trois à cinq fois plus épaisse qu'à l'état normal, par suite du développement exagéré du tissu conjonctif, constitué principalement de cellules fusiformes.

Quoique je n'ai pu trouver d'oblitération de la lumière des vaisseaux, je crois qu'elle est en beaucoup d'endroits très rétrécie. Les coupes transversales de quelques vaisseaux montrent leur lumière en demi-lune, en fente, par suite du développement exagéré et inégal du tissu conjonctif dans les vaisseaux.

En un point situé aux limites de l'ulcère, on voit dans l'épaisseur de la paroi vaginale une grande quantité de sections transversale de vaisseaux; les parois de ceux-ci sont minces, remplies de globules sanguins. On rencontre parmi eux des cavités de forme irrégulière remplies de globules sanguins. Ces cavités ont des parois très minces, constituées par place exclusivement d'endothélium, ou encore, d'une ou plusieurs

couches de cellules fusiformes. Ce sont probablement des capillaires très dilatées ou de petites veines.

Ont-ils un rapport avec l'origine de l'ulcère rond dont ils se trouvent à une certaine distance ? Je n'ose me prononcer.

Observation XI. Thomson.

Femme âgée de 22 ans, ressent des douleurs insignifiantes dans la partie inférieure de l'abdomen. Elle a de la fièvre.

Mariée depuis deux ans, elle ressent de vives douleurs pendant le coït qui par ailleurs est normal.

Elle n'a jamais eu d'enfants et présente de la dyspepsie.

Elle est bien réglée pendant trois jours; ses règles sont douloureuses.

Elle est bien portante par ailleurs, et suit un régime mixte.

Elle accuse une sensation de pesanteur au niveau des annexes.

Au niveau de la colonne postérieure du vagin, un peu à gauche, se trouve un ulcère rond et lisse d'environ un centimètre de diamètre, à bords nets, aigus. Le fond de l'ulcère est souple, rougeâtre, propre, et constitué par la musculature de la région. Il n'y a ni infiltration, ni induration.

En dehors de cet aspect et d'une anémie relative, il n'y a rien d'anormal.

Thermocautérisation de l'ulcère le 6 avril. Celui-ci ne montre que peu de tendance à la guérison. La température est normale, l'examen microscopique d'une biopsie montre du tissu conjonctif subnormal hyperhémique avec de petites infiltrations.

L'épithélium est épaissi en certains endroits. Il n'y a pas de bacilles de Koch.

La malade n'a pas été revue.

Observation XII. Thomson.

Sujet : 31 ans, souffre de sueurs profuses, troisième pare, une fausse couche, elle se plaint de douleurs modérées dans la région inférieure de l'abdomen. Elle est insuffisamment alimentée, un peu anémiée.

J'ai trouvé au toucher vaginal, sur la paroi vaginale postérieure, un ulcère lisse, à bords nets dans lequel entre la pulpe du doigt. Autrement rien d'anormal.

Dans la suite un petit godet est apparu à la surface de l'ulcération qui a guéri spontanément.

La malade est actuellement enceinte.

Observation XIII. Puech.

Il s'agissait d'une dame habitant Béziers, venue me consulter pour un écoulement purulent datant de deux mois, et qui la préoccupait beaucoup.

Agée de 43 ans, veuve depuis plusieurs années, Mme C..., a eu, il y a 17 ans, un enfant actuellement vivant et bien portant.

Pas plus dans ses antécédents personnels que dans ses antécédents héréditaires on ne trouve trace de syphilis ou de tuberculose.

Bien qu'elle déclare n'avoir jamais fait de maladie sérieuse, Mme C... est de taille plutôt petite, maigre, et présente un aspect chétif et des traits déjà flétrits, ce qui lui fait certainement donner plus, qu'un âge vrai.

La menstruation peu abondante, mais régulière, a conservé les caractères qu'elle a toujours eus.

Il n'existe pas la moindre douleur, seul l'écoulement purulent attire l'attention du côté des organes génitaux. En procédant à leur examen, je constatai la parfaite intégrité de l'utérus, plutôt petit et très mobile, son col ne présente ni déchirure pathologique, ni induration, les culs-de-sac sont absolument souples; le spéculum ne révèle pas la moindre rougeur sur le museau de tanche, ni d'écoulement provenant de l'intérieur de la cavité utérine, la muqueuse vulvaire ainsi que la muqueuse vaginale ont leur coloration normale, peut-être même un peu plus pâle.

Il existe seulement sur la paroi vaginale postérieure, au niveau du cul-de-sac, une ulcération superficielle, ayant des dimensions un peu moindres qu'une pièce de un franc, à fond rouge foncé, de forme circulaire, à bords taillés nettement.

Très indécis relativement à la nature de cet ulcère, je me contentai de prescrire des injections vaginales antiseptiques,

et renvoyai la malade à son médecin, en engageant ce dernier à faire quelques attouchements de l'ulcération avec une solution forte de nitrate d'argent.

Quatre mois après Mme C... vint de nouveau se soumettre à mon examen.

L'ulcération du cul-de-sac postérieur n'avait guère été modifiée par le traitement, et je constatai l'existence au-dessous d'elle de deux autres ulcérations présentant les mêmes caractères. Ces deux ulcérations, de dimensions inégales, mais moindres que celles de la première ulcération, sont disposées sur une même ligne verticale descendant du cul-de-sac vaginal, à peu près exactement sur le milieu de la paroi postérieure du vagin.

Il n'y a toujours pas la moindre douleur, mais l'écoulement purulent persiste toujours, l'état général reste le même.

Depuis cette seconde visite, je n'ai plus eu de nouvelles de la malade et ne sais ce qu'elle est devenue.

Observation XIV. Vautrin.

Mme D..., âgée de 38 ans, d'une santé excellente avant son mariage, non syphilitique, a souffert de troubles utérins et annexiels sérieux depuis l'âge de 24 ans jusqu'à 27 ans, époque où Bouilly a dû lui enlever par voie vaginale l'utérus et les annexes.

Il s'agissait, dit la malade, de suppuration pelvienne d'origine blennorragique.

Depuis cette opération Mme D... a retrouvé une bonne santé régulière qui lui a permis de se livrer aux soins de son ménage et à la surveillance d'un important commerce.

C'est une femme grande, forte, de complexion robuste, peu habituée à compter avec de petites indispositions, peu nerveuse et toujours active.

Il y a dix-huit mois, c'est-à-dire environ dix ans après l'opération subie, elle éprouva dans le vagin quelques sensations de picotements pénibles, en même temps qu'apparaissaient des écoulements blancs purulents persistents.

Je fus consulté à cette époque et je reconnus dans le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur, un peu à gauche de la ligne médiane et à une distance de 4 centimètres de la cica-

trice vaginale opératoire, une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Cette ulcération présentait une forme régulière : presque rigoureusement circulaire, avec des bords nettement découpés, aplatis et non congestionnés. Le fond était plat, sans anfractuosités, de couleur rouge et recouvert d'une légère nappe de pus.

L'attouchement de la petite place déterminait une légère sensation douloureuse, mais la muqueuse voisine, de coloration rosée, normale, n'était pas sensible à la pression.

A gauche de cet ulcère et vers la paroi latérale du vagin, on voyait une autre perte de substance, plus petite, ayant les dimensions d'une lentille, à bords taillés à pic, le fond en était rouge, et la profondeur de 3 à 4 millimètres seulement.

Les deux lésions n'étaient nullement la conséquence d'une infection du vagin, car les parois de l'organe étaient saines, d'une couleur rosée légère, et la cicatrice n'offrait aucune trace de fistule ou d'inflammation de voisinage. La vulve elle-même était indemne de toute trace de contamination ou d'irritation. Depuis son opération la malade n'avait jamais remarqué d'écoulement semblable. De plus aucun traumatisme ne pouvait être incriminé dans la production des ulcérations.

Je me contentai d'abord de prescrire des injections vaginales antiseptiques et de cautériser légèrement le fond des ulcérations au crayon de nitrate d'argent. Je n'obtins aucun résultat. J'employai successivement en applications locales, la solution de chlorure de zinc à 1/10^e et la teinture d'iode.

Après trois mois de traitement l'écoulement purulent avait fortement diminué. La petite ulcération avait disparu, mais l'ulcère principal persistait encore bien que réduit des 2/3 environ.

La guérison complète en fut lente et, avant que la cicatrisation ne fut entière, un nouvel ulcère apparut en quelques jours à un centimètre environ en avant de l'ancien, offrant les mêmes caractères objectifs et la même résistance au traitement.

Il y a à peine six mois que ce troisième ulcère a disparu.

Dans l'intervalle et au cours du traitement, j'ai aperçu à plusieurs reprises sur la muqueuse du vagin profond, des taches bleuâtres, véritables boursoufflures ressemblant à des ecchymoses superficielles, qui disparurent sans donner de nouvelles pertes de substances.

Récemment enfin, je fus consulté à nouveau par la malade

et je reconnus l'existence d'un nouvel ulcère ressemblant aux précédents, au fond du cul de sac postérieur. Jusqu'alors les attouchements à la teinture d'iode paraissent modifier l'allure torpide de la perte de substance qui commence à se combler peu à peu.

Durant tout ce temps, l'état général de la malade est resté très satisfaisant. Il est aisé de vérifier que les fonctions cardio-rénales sont intactes et qu'il n'existe d'autre trouble qu'un certain degré d'entérite.

Observation XV. Schroeder et Kuhlmann.

Femme N..., âgée de 41 ans, bien réglée, deux enfants normaux : le premier en 1894 avec déchirure du périnée; le deuxième en 1900. Les deux enfants vivent encore.

Elle vient à la clinique parce qu'elle a de la difficulté à se pencher en avant et n'a pas connaissance de l'existence d'un ulcère, qui est découvert à l'examen.

On ne trouve ni infection vénérienne, ni traumatisme. Il existe d'abondantes pertes blanches, le B W est négatif. Bonne santé par ailleurs.

L'ulcère est placé en arrière du frein postérieur des lèvres, dans la fosse vestibulaire qui est assez profonde, à l'endroit où on trouve habituellement le chancre syphilitique.

Il s'agit d'un ulcère à peu près rond, d'un centimètre de diamètre, les bords sont aigus, mous, tombant à pic. Le fond de l'ulcère a un aspect nettement jaune vitreux, il est peu humide. La profondeur est de deux millimètres, un peu plus au centre.

Les tissus environnants ne présentent aucune sorte de modifications, pas d'inflammation, l'ulcère paraît siéger sur une muqueuse normale : on a pourtant l'impression de trouver un léger épaissement des tissus immédiatement environnants.

L'ulcère a une base irrégulière, non perceptible au toucher.

L'ulcère est excisé avec le tissu environnant et soumis à l'examen histologique.

L'examen macroscopique est complété ainsi par le microscope. Le fond de l'ulcère est couvert de fibrine, et au-dessous, il y a une zone de granulation riche en polynucléaires avec peu de tissu conjonctif. Les vaisseaux sont tous à paroi

mince, sans dégénérescence hyaline, sans pullulation périvasculaire. On voit autour une accumulation de cellules rondes et de leucocytes polynucléaires.

Plus profondément est la musculature vaginale normale, mais parsemée de cellules inflammatoires, l'épithélium arrive jusqu'au bord de l'ulcère sans diminuer d'épaisseur, puis il s'incline obliquement et disparaît.

On voit dans le tissu conjonctif sous-épithélial, dans les environs immédiats de l'ulcère, une agglomération de lymphocytes.

Les corpuscules papillaires présentent les uns un allongement, les autres un léger épaississement. La formation de la kératohyaline dans la couche épithéliale ne présente pas de modifications. Les plasmocytes se trouvent en foyers isolés, surtout dans la partie profonde de l'ulcère, mais en petit nombre.

On ne trouve nulle part de nécrose des tissus plus profonds, de formation de cellules épithéliales, de formation de cellules géantes comme la dégénérescence hyaline vasculaire.

On ne trouve pas non plus d'oblitération vasculaire, de thrombose ou d'embolies de quelque sorte que ce soit, comme en font foi les coupes en série.

La recherche microbiologique n'a montré ni bacille de Koch, ni tréponèmes, ni bacilles de Ducrey.

Observation XVI. Fluhmann.

Mme L... B..., âgée de 49 ans, a eu trois enfants, ménopausée depuis deux ans. Elle est admise à l'hôpital le 5 mars 1929 se plaignant d'un abondant écoulement de sang vaginal durant depuis deux jours.

L'examen somatique complet ne révèle rien d'anormal par ailleurs, si ce n'est une anémie secondaire, très marquée. La numération globulaire donne : 1.420.000 globules rouges, 7.400 globules blancs, 50 % d'hémoglobine. Il n'y a pas de cellules anormales. Le Wassermann est négatif.

A l'examen génital, on ne trouva rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes.

L'examen au spéculum montra une ulcération superficielle, de forme ovale, mesurant 3 centimètres de long sur 1 centi-

mètre et demi de large, située sur la paroi vaginale gauche, à mi chemin entre le dome et l'orifice vaginal.

Les bords étaient tranchants, non décollés et le fond était recouvert d'un exsudat fibrineux.

La muqueuse environnante était pâle, il y avait un certain nombre d'ecchymoses sur la voûte du vagin.

La malade saignait abondamment de cette ulcération, on mit un tamponnement vaginal serré pour arrêter l'hémorragie et on pratiqua une transfusion.

Le 19 mars, une partie de l'ulcère fut prélevé pour examen microscopique. L'état général de la malade s'améliora graduellement, et le 27 mars la numération globulaire montra 2.200.000 globules rouges, quoique l'hémoglobine fût seulement de 35 %.

De puis son entrée, elle avait toujours eu de la fièvre, la température de l'après-midi variant entre 99 et 100,5 Fahrenheit.

A la suite d'un examen vaginal le 1^{er} avril, une abondante hémorragie apparut de nouveau, qui ne put être arrêtée que par plusieurs tamponnements vaginaux.

On fit à la malade une autre transfusion, et on fit des applications locales de nitrate d'argent en solution faible.

Son état s'améliora rapidement ensuite, et un examen pratiqué le 19 avril montra que l'ulcère régressait rapidement, quoiqu'on vit d'autres érosions hémorragiques sur la paroi vaginale.

Le 29 avril l'amélioration avait progressé à tel point qu'on pensa qu'elle pouvait quitter l'hôpital.

Le 9 mai, l'ulcère a complètement disparu et les examens ultérieurs montrèrent qu'il n'y avait aucune tendance à la récurrence.

L'examen histologique de la biopsie montra des lésions d'inflammation chronique.

La muqueuse du vagin était normale, exceptée une infiltration sous-épithéliale de cellules rondes dans le voisinage de l'ulcère et l'épithélium s'amincissait graduellement aux approches des bords de la lésion. La base était composée d'une mince couche de tissu conjonctif, reposant sur le muscle et la graisse.

Il y avait une légère infiltration de polynucléaires, de lymphocytes et les coupes colorées avec le vert de méthyle montraient la présence d'un nombre considérable de matzells.

En un endroit proche de la surface, il y avait un grand nombre de petits vaisseaux sanguins, et des artères profondément situées montraient des lésions d'endartérite.

Il n'y avait pas de nécrose profonde, il n'y avait ni tuberculose, ni bacilles de Koch.

Observation XVII. Fluhmann.

Mme K... L..., âgée de 63 ans, a eu deux enfants, ménopausée trois ans auparavant.

La malade était soignée dans le service de neuro-psychiâtrie pour des troubles variés, et fut envoyée au service de gynécologie pour des mictions fréquentes et douloureuses.

L'examen cystoscopique montra une pyélo-néphrite gauche probable, et la culture de l'urine donna du coli-bacille, la réaction de Wassermann était négative. La numération globulaire donna des chiffres normaux. L'examen gynécologique ne montra rien d'anormal au niveau des organes génitaux externes. L'utérus était petit et atrophié, et il n'y avait rien d'anormal au niveau des annexes.

Le vagin était petit et semblait normal à la palpation, mais à l'examen au spéculum on découvrit un ulcère superficiel sur la paroi gauche. Il était légèrement irrégulier de forme, mesurant 1 centimètre sur 0,8 centimètre; les bords étaient aigus mais non décollés. Il n'y avait pas d'induration autour et le fond était propre, granuleux, de couleur rose.

Un autre ulcère semblable, de la même taille, existait sur la paroi droite.

La muqueuse vaginale était normale tout autour.

On préleva une biopsie de l'ulcère de droite, et les lésions furent traitées par des applications de la solution de nitrate d'argent. Elles régressèrent rapidement et n'étaient plus visibles peu de semaines après leur découverte.

L'examen histologique montra une atrophie de la muqueuse vaginale qui s'amincissait graduellement au fur et à mesure que l'on approchait des bords de l'ulcère.

Le fond était composé de tissu conjonctif et il y avait une infiltration de polynucléaires et de lymphocytes beaucoup plus étendue que dans le cas précédent. Il y avait aussi de nombreux œsénophiles et un certain nombre de plasmocytes.

Les vaisseaux sanguins ne montraient pas d'aspect remarquable, mais leur nombre était augmenté dans la région de l'ulcère.

Comme dans le premier cas, il n'y avait pas de nécrose étendue, pas de tubercules, et les colorations spéciales ne montrèrent pas de bacilles de Koch.

CONCLUSIONS

I. La maladie de Zahn, ou ulcère rond simple du vagin est une affection peu connue en France.

II. Elle est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une inflammation chronique, non spécifique, et des lésions d'endartérite.

III. Cliniquement, ses symptômes fonctionnels étant peu caractéristiques ou absents, il faudra la rechercher systématiquement : c'est une ulcération arrondie, d'un centimètre et demi de diamètre, peu profonde, souple, siégeant dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

IV. Son diagnostic se pose essentiellement avec le cancer.

V. Son pronostic est bénin.

VI. Son traitement consistera en : Soins d'hygiène et de propreté locale, attouchements au nitrate d'argent et à la teinture d'iode, exérèse chirurgicale limitée, dans certains cas rebelles.

VU :

Le Président de Thèse,

P^r LENORMANT.

VU :

Le Doyen,

P^r BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BEGOUIN P. et PAPIN F. : *Précis de Pathologie chirurgicale*. 1928, tome V, page 703.

BEKMANN : *Annales de gynécologie* : 47, 1897, page 388.

BEUTTNER : *Monatschrift für Geburtshilfe and Gynaekologie* : 3, 1896, page 121.

BRAITHWAITE J. : *The Lancet* : 2, 1894, page 132.

BROWICZ : *Centralblatt für Gynaekologie* : 12, 1888, p. 94.

FLUHMAN C. F. : *American journal of Obstetrics and gynecology* : vol. XVIII , december 1929, n° 6, page 832.

KAUFFMANN E. : *Lerchruch der Speziellen Pathologischen Anatomie*, 1922, page 1321.

POZZI : *Traité de gynécologie* : 4° édition, tome III, p. 1171.

PUECH : *Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*. Octobre 1905, page 307.

SCHROEDER R. et KUHLMANN A. : *Archiv. für gynaekologie* : 115, 1921-22, page 146.

SKOŹNORSKI : *Centralblatt für gynaekologie* : 19, 1895, page 807.

THOMPSON V.-H. : *Centralblatt für gynaekologie* : 28, 1904, page 1544.

VAUTRIN : *Annales de gynécologie* : 2° série, 2, 1905, p. 529.

VEIT J. : *Handbuch der gynaekologie*, 1908, 3, page 179.

ZAHN F.-W. : *Archiv. für pathologische anatomie. Virchows* : 95, 1884, page 388; 115, 1889, page 67.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Historique	13
Anatomie pathologique	15
Etiologie, Pathogénie	17
Étude clinique	21
Traitement	29
Observations	33
Conclusions	53
Bibliographie	55

Imprimerie J. Pouvé, 40, rue Albouy, Paris-10^e

